

08-39

名古屋第二赤十字病院における da Vinci 支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験

名古屋第二赤十字病院 泌尿器科

○錦見^{にしきみ} 俊徳^{としのり}、小林 弘明、横井 圭介、山田 浩史、石田 亮、山内 裕士

【目的】名古屋第二赤十字病院では2013年3月より前立腺癌に対するda Vinci支援 腹腔鏡下前立腺全摘除術を導入した。その初期経験について報告する。

【対象と方法】泌尿器科da Vinci支援手術教育プログラムを修了した泌尿器科医師2名に加えて、専属の麻酔科医師、看護師、臨床工学技師等を選抜しda Vinci手術チームを編成して初期手術にあたった。2013年3月から2013年5月までの間に前立腺癌に対するda Vinci支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を10例施行した。平均年齢は64.4歳（55～75歳）。BMI中央値:23.5(19.7～28.0)、生検時PSA中央値:7.7ng/ml(3.7～14.3 ng/ml)。臨床病期は、cT1c:9例、cT2b:1例。術前Gleason scoreは、3+3=6:6例、3+4=7:1例、4+3=7:2例、3+5=8:1例。いずれの症例も術前のMRIでは明らかな被膜浸潤を認めなかった。

【結果】前立腺摘出重量中央値は33g（24～73g）、手術時間中央値は329分（281～383分）、コンソール時間中央値は272分（222～341分）、出血量（尿込み）中央値は100ml（50～300ml）であった。開腹手術に移行した症例はなく、輸血を必要とした症例もなかった。術後病理は、pT2a:2例、pT2b:1例、pT2c:1例、pT2+:2例、pT3a:4例、全例ともリンパ節転移を認めなかった(pN0)。Gleason scoreは、3+3=6:4例、3+4=7:4例、4+3=7:1例、4+5=9:1例であった。

【結論】da Vinci支援 腹腔鏡下前立腺全摘除術は、低侵襲かつ比較的 안전한術式であると考えられた。また、専属のda Vinci手術チームを編成することでda Vinci支援 腹腔鏡下前立腺全摘除術をより安全に初期導入することが可能であった。

08-40

ロボット支援手術の安全な導入・デュアルコンソールを用いた初期症例の経験

日本赤十字社和歌山医療センター 第二泌尿器科¹⁾、日赤和歌山医療センター第一泌尿器科²⁾、日裏クリニック³⁾

○金岡^{かなおか} 俊雄^{としお}¹⁾、山田 祐也^{1,2)}、上山 裕樹^{1,2)}、岡所 広祐^{1,2)}、玉置 雅弘^{1,2)}、林 正¹⁾、日裏 勝³⁾

【目的】当医療センターでは2013年5月より前立腺癌に対して手術支援ロボットによる腹腔鏡下前立腺全摘術（RALP）を開始した。またより安全な導入と、後進指導のためにデュアルコンソールを採用した。初期症例3例の経験につき報告する。デュアルコンソールは2例目まではコンソールサージョンとプロクターが使用。3例目ではコンソールサージョンと若手医師（無資格であり、アーム操作は行わない）が使用した。コンソールサージョンをはじめ、ベッドサイドサージョン、看護師、MEは同一メンバーで行った。

【対象】患者背景(症例1,2,3順)。年齢(73、74、62歳)、生検時PSA(13.3、26.9、10.20) Gleasonscore(3+3、3+4、3+3)、術前病期(T2a、T2c、T2c)であった。

【結果】(症例1,2,3順)。コンソール時間(248、295、305分)、推定出血量(0、50、150ml)、術後病理結果(pT2c、pT3a、内分泌療法後で明らかなviable cell 認めず)であった。全員、術後一日目に歩行、1週間に尿道カテ抜去。鎮痛剤の使用は開放手術に比べ使用量は約1/3であった。特記すべき周術期の合併症はなく10日目に退院した。

【考察】導入初期であってもRALPは安全、確実に施行可能な術式である。またデュアルコンソールは導入初期の安全性を高め、さらに後進の育成にも有用であると考えられる。症例ごとの条件変化（術前内分泌療法、前立腺の大きさなど）があり現時点で手術時間のlearning curveは明らかでないが今後一か月に数例のペースで症例を重ねていく予定である。

09-13

両側乳房縮小術後に生じた右乳癌の1例

前橋赤十字病院 乳腺内分泌外科

○池田^{いけだ} 文広^{ふみひろ}、荻野 美里、安東 立正

乳房形成外科の普及に伴い、術後乳房に発生する乳癌症例が散見されるようになってきた。今回、両側乳房の縮小術後に生じた右乳癌の1例を経験したので報告する。症例は乳癌検診歴のない75歳の女性。平成19年1月、肥大する両側乳房に対して当院形成外科で乳房縮小術を施行。摘出乳腺に腫瘍性変化がないことから病理検査は行っていない。創部に問題なく、術後経過は良好であった。平成21年8月、増大する右乳房の腫瘤に気づき、当院形成外科を受診。右乳癌が疑われ当科に紹介された。視触診は右術後乳房C領域に5.1×5.0cm、境界不明瞭、不整形、弾性硬の腫瘤を触知した。マンモグラフィでは微細石灰化を伴った境界不明瞭な濃厚腫瘤陰影、超音波検査では不整形の低エコー腫瘤を認めた。針生検は硬癌、ER陽性、PgR陽性、HER2スコア2+の所見であった。右乳癌（T3N1M0 Stage IIIA）の診断で術前化学療法CEF60を6コース実施した。治療効果はPRで平成22年3月に右乳頭合併乳房温存術（Bq+Ax）を施行した。病理診断は切除断端陰性、術前化学療法の組織学効果は1b、n(+) 1/7であった。術後補助療法は右温存乳房への照射と内分泌療法を行っている。

【結語】乳房形成術の際には、術前からの形成外科と乳腺科の連携が必要である。

09-14

低肺機能患者の左上葉肺癌で縮小手術後に人工呼吸器離脱に難渋した1例

日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器外科

○福井^{ふくい} 哲矢^{てつや}、住友 伸一、石川 将史、山岸 弘哉、尾田 博美

患者は70代男性。上部消化管出血で当院ER搬送、CTで左上葉腫瘍を指摘。気管支鏡にてclass4、小細胞癌の疑いと診断されたが、腫瘍マーカーは小細胞癌に特異的でなかった。確定診断目的で呼吸器内科より当科紹介となった。腫瘍は大動脈に近接し縦隔リンパ節腫大あり、縦隔鏡検査施行し、pN2でなければ診断治療目的に原発巣切除を行う方針とした。COPDあり、術前呼吸機能はFVC 2670ml(84%)、FEV1 1030ml(40%)、FEV1%(G) 38%と閉塞性障害を認めた。縦隔鏡検査にて#4R、#4L、#7に転移を認めず、引き続き手術を施行した。胸腔鏡下にて#5を切除して迅速組織検査に提出し小細胞癌の転移を認めるとの報告あり。縮小手術として左上区切除を行った。術後、呼吸不全増強し、人工呼吸器管理を開始した。気管切開行い、徐々に人工呼吸器から離脱を図るも難渋した。主治医転勤による交代で積極的に離床を促したところ改善した。術後2ヶ月でようやく完全離脱した。廃用症候群によるADL低下と嚥下能低下を認めた。理学療法、嚥下リハビリ、看護、家族などの支援により歩行可能となり、嚥下機能も改善した。